

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THESE

348
No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARIE-LOUISE TROUSSON

Née à Chaumont, le 23 Septembre 1893

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Tumeurs Kystiques des Ovaires

PRISES POUR

DES FIBROMES

ET

traitées par Radiothérapie

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1928

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARIE-LOUISE TROUSSON

Née à Chaumont, le 23 Septembre 1893

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Tumeurs Kystiques des Ovaires

PRISES POUR

DES FIBROMES

ET

traitées par Radiothérapie

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1928

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÆPER.
Hygiène.	N.
Médecine / gale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	RRANCA.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose.	L. BERNARD.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	HUTINEL	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.	JOYEUX	Parasitologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale	LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngie.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LEROUX	Anatomie pathologique.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
CLERC	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
DEBRÉ	Hygiène.	MULON	Histologie.
DOGNON	Physique.	PHILIBERT	Bactériologie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.	VELTER	Ophthalmologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.
HEITZ-BOYER	Urologie.		
HOVELACQUE	Anatomie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	RETTERER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	GOUGEROT	Clinique médicale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LEJARS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage de ma respectueuse et
profonde gratitude.*

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIERRE BROcq

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a inspiré ce travail. En le re
merciant de ses conseils bienveil-
lants et en témoignage de ma pro-
fonde reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

- M. LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*).
- M. LE PROFESSEUR LEJARS.
- M. LE DOCTEUR DALCHÉ.
- M. LE DOCTEUR FREDET.
- M. LE DOCTEUR FAURE-BEAULIEU.
- M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT.
- M. LE DOCTEUR M.-P. WEIL.
- M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE.
- M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE.
- M. LE DOCTEUR SAUVEZ (*in memoriam*).
- M. LE DOCTEUR BÉLIARD.

A M. LE DOCTEUR CH. RUPPE

A MM. LES DOCTEURS : A. LATTÈS ET MERVILLE

Depuis quelques années le traitement des fibromes utérins a beaucoup évolué.

Autrefois, la cure de ces tumeurs ne relevait que de la chirurgie ; aujourd'hui physiothérapeutes et chirurgiens se partagent la thérapeutique des fibromes dans une proportion qui n'est pas encore parfaitement établie.

L'ère de la radiothérapie a ouvert une voie nouvelle ; voie, vers laquelle se sont précipités avec enthousiasme et avec juste raison de nombreux praticiens.

Dans des conditions bien déterminées, que nous n'avons pas l'intention de rappeler ici, la radiothérapie rend d'incontestables services, et arrête certains accidents des fibromes. Parmi ces conditions, une est dominante et on ne saurait trop y insister : c'est la précision du diagnostic, c'est la certitude qu'on est bien en présence d'un fibrome.

Si banale que paraisse, au premier abord, cette affirmation, il est nécessaire de la formuler, car le diagnostic est loin d'être toujours facile.

Il est donc utile de mettre en évidence la fréquence des erreurs de diagnostic en pareille matière et leurs conséquences thérapeutiques plus ou moins regrettables.

Les limites de notre travail se trouvent ainsi précisées. Nous voulons avant tout montrer, en nous basant sur des observations cliniques : que l'on fait d'assez

nombreuses fautes d'interprétation ; que l'on confond souvent un gros kyste de l'ovaire avec un fibrome et qu'il s'en suit des échecs de la radiothérapie, quelquefois même des méfaits de cette méthode de traitement.

Que l'on ne nous reproche pas d'oublier les autres erreurs, telle que confusion entre fibrome et cancer, fibrome et grossesse... etc. Nous les omettons volontairement.

1. - De la fréquence de ces erreurs de diagnostic

Nous voulons nous en tenir simplement à celles qui sont le plus fréquemment commises par les radiothérapeutes, c'est-à-dire à la confusion d'un kyste avec un fibromé.

Ces erreurs de diagnostic sont-elles fréquentes ? Chirurgiens et radiothérapeutes n'apportent pas à cette question la même réponse.

Beaucoup de chirurgiens (J.-L. Faure, Bégouin, Tixier, Brocq, Douay, etc...) considèrent que ces erreurs sont fréquentes.

Les radiothérapeutes, au contraire, les regardent comme rares.

Cette différence d'appréciation tient évidemment à ce que les chirurgiens ont l'occasion par la laparotomie de contrôler leur diagnostic ; tandis que beaucoup de physiothérapeutes, les jeunes surtout, n'ont pas eu le privilège de vérifier par une longue expérience, la raison de certains de leurs échecs.

Comme le dit Douay : « D'une façon générale, on a tendance à faire trop vite le diagnostic de fibrome. Sur

la totalité des fibromyomes envoyés comme tels à l'Hôpital Broca, un examen clinique attentif permet de déceler l'erreur et de rectifier le diagnostic dans la proportion considérable de 20 à 25 % des cas ».

Malgré l'élimination des erreurs manifestes, il reste encore toute une série de faits douteux qui ne seront éclairés que par la laparotomie.

Ce sont ces cas douteux qu'il est illogique, sinon dangereux, de traiter par les rayons X. Ils sont bien connus des chirurgiens qui les estiment à 10 % environ de la totalité des malades qu'ils opèrent. Bien entendu, ces chiffres n'ont aucune valeur mathématique ; ils ne reposent que sur des impressions, mais celles-ci doivent suffire pour attirer l'attention sur la réalité de ces faux diagnostics, sur leur fréquence relative. Il semble inutile de préciser davantage.

Dans une récente discussion à la Société de Gynécologie de Paris, M. Brocq (1) communiquait quatre observations inédites de tumeurs kystiques des ovaires, prises pour des fibromes et traitées par radiothérapie.

M. Siredey déclarait dans la même séance avoir vu quatre erreurs de ce genre en dix-huit mois.

Peu de temps avant le Professeur J.-L. Faure (2) avait publié les observations de trois malades, qu'il avait été obligé d'opérer par suite de l'échec des méthodes

(1) P. BROCCQ. — A propos des tumeurs kystiques ou solides des ovaires prises pour des fibromes et traitées par radiothérapie (*Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 9 Mai 1927).

(2) J.-L. FAURE. — Kystes de l'ovaire et radiothérapie (*Paris Médical*, 20 Juin 1925).

physiothérapiques. Dans un cas, un kyste de l'ovaire avait été pris pour un fibrome ; dans les deux autres faits, il s'agissait, ce qui est encore plus préjudiciable à la malade, de cancers du corps de l'utérus irradiés pour des fibromes.

M. Douay (1), dans un article récent rapporte l'observation d'une femme chez laquelle il enleva un volumineux hydrosalpinx double qui avait été traité en vain par un radiothérapeute.

En glanant dans les périodiques chirurgicaux et médicaux, on s'aperçoit, qu'en réalité, la liste de ces erreurs de diagnostic est longue, et, semble-t-il, bien loin de représenter la totalité des faits observés.

Il n'est guère de chirurgiens qui ne possèdent quelques observations semblables, lointaines ou récentes. Devant eux, évidemment, il n'est pas nécessaire de plaider la prudence dans l'affirmation du diagnostic de fibrome. Aux radiothérapeutes, au contraire, nous répétons que ce diagnostic est loin d'être toujours facile et qu'il faut connaître les cas où il est cliniquement, tout au moins, impossible à préciser.

Le Pr Tixier, dans son rapport au 33^e Congrès de Chirurgie, s'est fait en quelque sorte le porte-parole des chirurgiens. Il affirme, que très souvent ceux-ci opérant avec le diagnostic de fibrome, ont découvert une autre lésion. Le cas le plus délicat est celui où il y a association d'un fibrome, petit ou gros, avec un kyste de l'ovaire de faible volume.

(1) E. DOUAY. — Traitement des fibromes utérins (*L'hôpital*, décembre 1923).

En résumé, l'opinion des chirurgiens traduite par le Pr Tixier, et celle des gynécologues médicaux traduite par M. Siredey, est très nette : les erreurs sont fréquentes.

Il faut leur opposer la thèse soutenue par M. Béchère (1) qui a résumé, à la Société de Gynécologie, une statistique personnelle portant sur 1500 fibromes irradiés. Sur ce chiffre considérable, il ne trouve que 14 cas, qui ont dû ultérieurement être laparotomisés pour kystes ovariens ; soit environ 1 pour 100 d'erreurs.

D'après cet auteur : « La confusion d'une tumeur ovarienne avec une tumeur utérine, bien que parfois difficile à éviter, est relativement rare et le deviendra d'autant plus qu'on apportera plus de soin à l'interrogatoire et à l'examen des malades avant de les soumettre à la radiothérapie.

« Par contre, il est très difficile, sinon même impossible, de reconnaître auprès d'un fibrome utérin non douteux, de date ancienne, la coexistence d'un kyste ovarien de date récente ».

L'observation suivante de MM. Béchère et P. Brocq montre qu'on a pu irradier un fibrome et arrêter définitivement son évolution, mais que les rayons n'ont pas empêché le développement d'un kyste ovarien coïncidant avec la tumeur fibromateuse.

(1) A. BÉCHÈRE. — *Société d'obst. et de gynécologie de Paris*, (Séance du 9 Mai 1927).

OBSERVATION I

(MM. Bécclère et P. Brocq. *Observation inédite*)

Mme A..., âgée de 50 ans, traitée par radiothérapie pour un fibrome en 1919. La tumeur s'élevait à 9 centimètres au-dessus du pubis. Métrorragies abondantes.

Après radiothérapie les pertes de sang cessent et la tumeur régresse d'une façon impressionnante. Elle ne s'élève plus qu'à 2 cm. au-dessus du pubis.

En 1926 la malade s'aperçoit qu'elle porte dans le ventre une grosse tumeur qui se déplace. Cette tumeur occasionne des crises de douleurs abdominales violentes accompagnées de vomissements.

Un examen fait en octobre 1927 montre qu'il s'agit d'un gros kyste de l'ovaire avec phénomènes de torsion transitoire.

Opération le 16 février 1928, neuf ans après l'application des rayons X. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Kyste de l'ovaire droit du volume d'une tête d'enfant de 10 ans. Pas d'adhérences. Annexes gauches normales. Utérus petit et mobile. Ovariectomie droite. Appendicectomie. Guérison. Le kyste de l'ovaire extirpé est un kyste mucoïde contenant un liquide chocolat. Pas de végétations.

La malade est revue le 12 mai 1928 en excellent état.

La rareté des erreurs observées par M. Bécclère tient à deux raisons. La première sur laquelle il insiste, c'est que beaucoup d'erreurs sont dues à un examen superficiel et incomplet. La seconde, qui se déduit facilement de la discussion de la Société de gynécologie, c'est que M. Bécclère élimine pour les envoyer au chirurgien, les malades sans doute assez nombreuses chez lesquelles le diagnostic lui paraît douteux.

Ainsi le Maître de la radiothérapie française nous donne la meilleure directive :

1°) Précision du diagnostic par un examen judicieux et approfondi.

2°) Renvoi au chirurgien des tumeurs pelviennes à caractères mal définis, que le radiothérapeute consciencieux ne saurait traiter sans engager sa responsabilité.

II. - Des moyens d'éviter, le plus souvent possible, les erreurs de diagnostic

Comme l'ont très bien fait remarquer MM. Bécclère et Douay, les erreurs seront d'autant moins nombreuses, que le médecin sera mieux éduqué et par suite l'examen des malades plus complet.

Lorsque le traitement des fibromes était uniquement chirurgical, l'erreur de diagnostic entre ces tumeurs et les kystes de l'ovaire, préoccupait moins les opérateurs, qu'elle ne doit actuellement préoccuper les radiothérapeutes. De l'aveu même de beaucoup de chirurgiens, cette confusion n'avait pour eux qu'une importance relative ; aussi, ne cherchaient-ils pas toujours à pousser plus avant la perfection du diagnostic.

Aujourd'hui, il ne peut en être de même.

Le radiothérapeute ne doit irradier une tumeur pelvienne que si le diagnostic de fibrome est certain. Aussi, la grande place qu'a prise de nos jours dans la thérapeutique des fibromes, le traitement par les rayons X, doit-elle nous inciter à perfectionner nos moyens d'ex-

ploration, dans la distinction parfois si délicate entre les fibromes et les autres tumeurs pelviennes.

Il serait osé de prétendre que la question a beaucoup progressé dans ces dernières années ; néanmoins des efforts ont été faits dans ce sens, il est légitime d'y insister.

Dans les cas difficiles, qui font l'objet d'hésitations nombreuses, d'erreurs fréquentes, il ne faut négliger aucun des procédés, même anciens, d'investigation. C'est souvent par addition de nombreux éléments de diagnostic que l'on arrive à une quasi-certitude.

En dehors de l'examen clinique qui reste, on ne saurait trop l'affirmer, la base la meilleure du diagnostic, il n'est pas inutile de recourir au vieux procédé de l'hystérométrie : la constatation d'un allongement de la cavité utérine a une grosse importance. Il faut bien savoir que si ce signe est négatif, l'idée de fibrome ne doit pas être pour cette seule raison rejetée ; de nombreuses causes d'erreurs sont possibles dans la mensuration de la cavité, que l'on emploie un hystéromètre rigide ou une sonde en gomme.

M. Bécère insiste sur l'utilité de la mensuration, aussi exacte que possible, des tumeurs utérines à développement supra-pubien et principalement sur la recherche de leur hauteur, au-dessus du pubis, dans le sens vertical. L'intérêt pour lui de cette hystérométrie externe » est considérable. Si après deux ou trois séances d'irradiations, la hauteur de la tumeur pelvienne au-dessus du pubis ne diminue pas ; il est permis d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un fibrome, ou tout au moins d'un fibrome seul.

La radiographie directe n'a pas grand intérêt dans le diagnostic des fibromes, sauf cependant quand le doute est permis avec une grossesse.

Les observations de fibromes calcifiés, visibles sur une plaque radiographique peuvent être considérées comme exceptionnelles. MM. Dartigues et Dimier, M. Perri en ont publié des exemples. Exceptionnelle aussi est la radiographie publiée par M. Aimé, sur laquelle se voit l'image d'un kyste dermoïde.

Ces faits ne sont que des curiosités scientifiques ; ils ne peuvent servir de base à une méthode de diagnostic.

Dans ces dernières années, une méthode nouvelle est venue nous apporter un précieux appoint dans le diagnostic des tumeurs pelviennes.

Il s'agit du radio-diagnostic après injection intra-utérine de substances opaques aux rayons X. Le liquide de choix paraît être le lipiodol.

Dans le cas particulier du radio-diagnostic des fibromes, il faut citer les travaux de Ferré (Lyon) et ceux de Grégoire, de Claude Bécclère et de Darbois (Paris). D'après ces derniers auteurs, l'examen radiologique après injection intra-utérine de substance opaque donne toujours des renseignements fort importants. Il montre soit l'agrandissement, soit la déformation de la cavité utérine.

Nous ne voulons pas insister plus longtemps sur ce procédé, actuellement bien connu, qui se perfectionne chaque jour par l'apport de nouvelles observations.

Une discussion récente, à la Société de Chirurgie de

Paris (1) a de nouveau mis en valeur les avantages de cette méthode. La plupart des auteurs affirme que cet examen est sans dangers, cependant le P^r Pierre Duval (2) estime qu'il faut être prudent et conseille aux praticiens : « De ne pas abuser de ce mode d'exploration de l'appareil génital féminin ».

(1) GRÉGOIRE — Cent observations de radio-diagnostic gynécologique par injection de lipiodol (*Bulletin et mémoires de la Soc. Nationale de Chirurgie*. Séance du 14 Mars 1928).

(2) PIERRE DEVAL. — Des dangers de l'hystérographie par injection intra-utérine (*Bulletins et mémoires de la Soc. Nationale de Chirurgie*. Séance du 25 Avril 1928).

III. - Les préjudices causés aux malades par la radiothérapie intempestive des kystes de l'ovaire pris pour des fibromes

On a reproché aux rayons X, appliqués intempestivement sur des kystes de l'ovaire, plusieurs méfaits :

1°) On les a accusés de provoquer la *transformation maligne* d'un kyste de l'ovaire primitivement bénin.

2°) Certains opérateurs les ont rendus responsables des *adhérences* et de la *friabilité spéciale des pédicules* rencontrées au cours d'opérations consécutives à un traitement radiothérapique.

3°) Enfin, les rayons de Roentgen provoquent la *stérilisation des ovaires*, suppriment la menstruation. C'est donc une *thérapeutique mutilante*.

Nous allons discuter ces principaux griefs :

1°) *La transformation maligne des kystes de l'ovaire peut-elle être provoquée par les rayons X ?*

Les rayons X peuvent-ils provoquer la transformation maligne d'un kyste de l'ovaire ? Cette question est très discutée.

Le P^r J.-L. Faure, dans un article du *Paris-Médical* (1) a soutenu la réalité de cette complication. Il a en effet constaté dans la poche d'un kyste de l'ovaire préalablement irradié l'existence de végétations papillaires, qui lui ont paru anormales et lui ont fait penser à une prolifération épithéliale, provoquée par les rayons de Röntgen.

Voici son observation :

OBSERVATION II

(M. le Professeur J.-L. Faure)

« Mme L... a subi en 1920, un certain nombre de séances de radiothérapie pour fibrome. La tumeur ne faisant que s'accroître, je suis appelé à voir la malade. Précisément parce que la radiothérapie a une action à peu près constante sur les fibromes, je pensai que l'augmentation de la tumeur permettait de croire à une erreur de diagnostic, et qu'il ne s'agissait pas d'un fibrome, ou tout au moins d'un fibrome pur.

« L'examen me permet de constater une tumeur grosse comme une tête d'adulte et qui faisait corps avec l'utérus. L'erreur était donc tout à fait naturelle et c'est l'évolution seule de la tumeur qui me permit d'affirmer qu'il s'agissait très probablement d'un kyste de l'ovaire adhérent à l'utérus.

« L'opération fut pratiquée le 5 janvier 1922. Dès l'ouverture du ventre, je constatai l'existence d'un kyste de l'ovaire gauche uniloculaire, absolument régulier, adhérent complè-

(1) J.-L. FAURE. — Kystes de l'ovaire et radiothérapie (*Paris médical*, 20 juin 1925).

tement à la partie postérieure et latérale de l'utérus. L'autre ovaire étant parfaitement sain, j'enlevai le kyste qu'il fut assez difficile d'isoler. Je fus obligé de me livrer à un travail de décortication de la tumeur qu'il fut très malaisé de séparer de l'utérus. Le ligament large gauche fut ouvert et il y eut une hémorragie de l'utérine assez difficile à arrêter. Je laissai en place l'utérus et l'ovaire droit. La guérison se fit sans incidents en quelques jours.

« L'intérieur du kyste présentait des lésions comme je n'en ai jamais vues. Il n'y avait pour ainsi dire pas de liquide. Mais la cavité tout entière était remplie de longues végétations papillaires, filiformes, élégantes, ressemblant à certaines algues fines. Elles étaient tassées les unes contre les autres, et baignaient dans un liquide blanchâtre en très petite quantité. La poche kystique, uniloculaire, était en réalité distendue par ces longues végétations qui donnaient l'impression d'un développement très actif. Malheureusement, l'examen histologique n'a pas été fait. Mais l'aspect macroscopique était celui d'une tumeur papillaire plutôt que celui d'une tumeur maligne.

« Trois mois après, je vis revenir cette malade dans un état lamentable, avec de l'œdème de la jambe et de la cuisse droites, un état général mauvais et tous les signes d'une récurrence dans les ganglions pelviens du côté droit, dont on sentait la masse diffuse contre la paroi latérale du bassin.

« Les choses allèrent en empirant et, six mois après son opération, la malade succombait... ».

Voici encore deux autres observations du P^r J.-L. Faure :

OBSERVATION III

M. le Professeur J.-L. Faure

« ...J'ai également observé en ville une malade irradiée pour une tumeur abdominale prise pour un fibrome. Quand

je fus appelé à la voir, elle avait un ventre énorme, de l'ascite, le bassin encombré par une tumeur irrégulière. Une laparotomie exploratrice me montra qu'il s'agissait de kystes de l'ovaire bilatéraux, ayant envahi la cavité péritonéale et essaimé un peu partout, sur le péritoine pariétal, sur le gros intestin et l'intestin grêle. J'enlevai un gros kyste de l'ovaire gauche, qui était resté à peu près indépendant de la masse pelvienne, et je refermai le ventre.

« Il y eut un semblant d'amélioration, et quelques mois après la malade succombait ».

OBSERVATION IV

M. le Professeur J.-L. Faure

« ...Je vis à l'hôpital une malade qui, deux ans auparavant, avait été irradiée dans le service même pour un fibrome hémorragique. Après une guérison apparente, elle était revenue avec des pertes suspectes.

« Une laparotomie suivie d'hystérectomie nous montra qu'il s'agissait d'un cancer du corps utérin ayant gagné de proche en proche la muqueuse utérine tout entière, depuis le fond jusqu'à l'orifice cervical. Cela n'avait rien d'extraordinaire et il s'agissait en somme d'un de ces cas qui ne sont pas rares, dans lesquels on voit un cancer du corps utérin succéder à un fibrome irradié, soit qu'il existât déjà et fût méconnu, au moment de l'irradiation, soit qu'il se fût développé dans la suite. Mais ce qu'il y avait de plus intéressant chez cette malade, c'est qu'elle présentait en même temps un cancer kystique de l'ovaire droit. Or, je n'ai jamais rencontré de coexistence d'un cancer du corps utérin et d'un cancer de l'ovaire. Je me demande donc s'il n'y a pas lieu de rapporter aux rayons X la cause du développement de ce cancer ovarien ».

Dans ces observations rapportées par le P^r J.-L. Faure, on est frappé et convaincu du danger que la radiothérapie a fait courir aux femmes qui présentaient des kystes de l'ovaire. S'agissait-il de simples coïncidences ? Y a-t-il lieu d'incriminer les rayons X ? Pas de certitude possible, il est vrai, néanmoins ces faits sont impressionnants.

M. Siredey, sans partager absolument les craintes de M. J.-L. Faure, estime que la radiothérapie : « Accélère singulièrement l'accroissement des kystes indûment soumis à son action ».

A l'encontre de cette opinion, vient celle de M. Béclère, dont l'autorité en la matière est grande, vu qu'il a rapporté dernièrement une statistique de 1500 fibromes traités par les Rayons X et suivis personnellement après la radiothérapie. D'après lui : « L'action excitante des petites doses répétées de rayons de Röntgen, sur la croissance des néoplasmes en général et des kystes de l'ovaire en particulier ne repose sur aucune preuve scientifique. Elle est contredite par les recherches expérimentales sur les tumeurs greffées des animaux ». Cette hypothèse de l'action excitante de la radiothérapie avait force de loi, à une époque toute récente en Allemagne ; or, M. Béclère qui suit de très près les travaux des radiothérapeutes Allemands déclare que ces idées sont complètement abandonnées outre-Rhin.

A l'appui de l'opinion soutenue par M. Béclère, nous semble venir les observations suivantes rapportées par M. Brocq, dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*.

Les pièces des malades opérées ont été examinées dans le service du P^r Lejars par M. Giel, chef de laboratoire. Rien, dans l'examen histologique de ces pièces, ne permet de conclure que les kystes extirpés avaient ou commençaient une évolution maligne.

OBSERVATION V

M. le Professeur Lejars

Mme L..., 36 ans, réglée à 11 ans. Mariée à 18 ans. Un enfant âgé de 17 ans. Pas de fausses couches.

A l'âge de 30 ans, la malade s'aperçoit de l'existence d'une tumeur dans le ventre. Pas de métrorragies. Un médecin porte le diagnostic de fibrome.

A l'âge de 32 ans, la malade est traitée par radiothérapie à l'hôpital Saint-Antoine. La fiche de traitement porte les précisions suivantes : fibrome remontant à 22 centimètres au-dessus du pubis :

22 séances d'irradiations.

Après 18 séances, la stérilisation est obtenue ; mais la tumeur utérine a grossi et son pôle supérieur se trouve à 28 centimètres au-dessus du pubis. Puis, dit la malade, la tumeur paraît stationnaire.

Trois ans plus tard, des accidents aigus surviennent, qui ressemblent à des phénomènes de torsion ou de rupture d'un kyste de l'ovaire. La malade est alors soignée dans un service de médecine de l'hôpital Saint-Antoine, où elle subit une ponction qui permet de retirer 1.700 grammes d'un liquide rosé. A la suite de cette ponction, les phénomènes s'apaisent et la malade rentre chez elle.

Un an plus tard, en 1925, la tumeur ayant de nouveau grossi, la malade est admise dans le service de M. le professeur Lejars pour y être opérée.

Elle est âgée à cette époque de 36 ans.

Opération par M. le Professeur Lejars. — Anesthésie générale au mélange de Billroth. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On découvre un gros kyste de l'ovaire droit, que l'on vide par ponction. La poche est extériorisée et enlevée par ovariectomie. Utérus de moyen volume, sans fibrome. Annexes gauches normales. La paroi est fermée en 3 plans. Guérison simple.

Suites éloignées. — La malade est revue en février 1926. L'état général est bon ; son poids a augmenté de 8 kilogrammes.

L'opérée accuse des phénomènes de ménopause artificielle, dus non pas à l'opération qui n'a supprimé qu'un kyste, mais aux irradiations, qui ont stérilisé les deux ovaires. Ces troubles consistent en bouffées de chaleur, sudations, vertiges.

Examen histologique du kyste par M. Giet. — Trois fragments ont été prélevés en trois points différents de la poche kystique. Ces trois fragments intéressent la paroi dans toute son épaisseur.

La paroi du kyste est constituée dans son ensemble par un tissu fibro-musculaire lisse avec grosse prédominance du tissu fibreux. Celui-ci est du type conjonctif adulte, et, en beaucoup d'endroits, il est formé de gros blocs collagènes, contenant peu de cellules et d'apparence cicatricielle et même chondroïde. En d'autres points, on note, au contraire, un certain degré d'œdème inter-fibrillaire et un aspect lacunaire. Les artères, sauf les fines artérioles, ont une paroi fibro-musculaire très épaisse ; beaucoup sont même atteintes d'endarterite fibreuse et leur lumière est en partie oblitérée.

De la zone externe de la paroi kystique, il n'y a rien à dire ; elle est fibreuse et musculaire.

Au niveau de la face interne, par contre, on constate toute une série de végétations, de bourgeons à contours irréguliers, formés d'un tissu d'aspect myxomateux, riches en capillaires dilatés, contenant peu de cellules et continués par

une substance d'origine probablement fibrineuse et réticulée, dont on suit la transformation du centre à la périphérie en précollagène et collagène. Chacun de ces bourgeons est bordé de cellules épithéliales, la plupart disposées en couche unique, quelquefois en double et triple rangée.

Au fort grossissement, les cellules épithéliales apparaissent sous forme d'éléments cylindro-cubiques inégaux, les uns plus aplatis, les autres plus allongés, ces derniers ayant un noyau basal et dans la partie apicale de leur protoplasma une sécrétion mucoïde fortement basophile. D'une façon générale, les noyaux sont réguliers, les mitoses rares et normales d'ailleurs.

En quelques points, on rencontre entre ces noyaux des amas épithéliaux de cellules analogues, plus basophiles peut-être, noyaux remplis de cellules qui n'ont aucune apparence de malignité.

Enfin, en de rares endroits, il existe des dispositions pseudo-glandulaires, formées de ces mêmes cellules épithéliales, disposées autour d'un canal et présentant une polarité du type exocrinien.

Ces différentes formations fibro-épithéliales baignent dans un liquide coagulé par le fixateur et dans lequel on rencontre du sang, de rares éléments libres, mobiles, surtout polynucléaires, et de nombreuses cellules desquamées ; celles-ci sont souvent hypertrophiées, avec un protoplasma clair, peu chromatophile, un noyau vésiculeux et en dégénérescence.

Il en est d'ailleurs de même dans l'observation suivante du P^r Lejars : un fibrome de l'ovaire avait été à tort irradié ; l'examen histologique de M. Giet a montré qu'il n'avait été nullement influencé par cette thérapeutique erronée.

Nous rapportons cette observation, bien qu'elle n'entre pas exactement dans le cadre de notre travail, puisqu'il s'agissait d'un fibrome de l'ovaire et non pas d'un kyste.

OBSERVATION VI

(M. le Professeur Lejars)

Mme R..., 47 ans.

L'histoire pathologique remonte au début de l'année 1923. Cette malade avait à cette époque 43 ans.

Les premiers signes accusés sont des métrorragies. Au bout de 7 mois de pertes presque continuelles, Mme R... se plaint de douleurs abdominales avec irradiations dans la région lombaire. Un médecin consulté lui dit qu'elle a un fibrome. Elle est alors traitée par des irradiations dans une clinique en août et septembre 1923. La durée de ce traitement a été de un mois et demi. Quelque temps après ces séances de radiothérapie, les douleurs qui avaient diminué d'intensité reparaissent assez brusquement et deviennent très vives avec irradiations violentes dans le dos. Les métrorragies, qui paraissaient arrêtées, reprennent, et la malade prétend que son ventre grossit rapidement.

Au mois de novembre 1923, elle est adressée par le D^r Amieux à M. le P^r Lejars, à l'hôpital Saint-Antoine, et elle entre dans son service, pour être opérée, le 27 novembre 1923. Voici la note qui m'a été communiquée par le P^r Lejars :

Très gros ventre ; ascite ; tumeur pelvienne mal déterminée.

Opération par M. le P^r Lejars. — Anesthésie générale au mélange de Billroth. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; grande quantité d'ascite claire. Utérus de moyen volume. À droite grosse tumeur ovarienne, enclavée dans le cul-de-sac postérieur, adhérente au plancher pelvien. On libère cette masse, et on l'extériorise. Albation des annexes droites. An-

nexes gauches saines ; on les respecte. Péritonisation. Drainage sous-pubien. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires. — Simples. La malade sort guérie opératoirement le 20 décembre 1923.

Suites éloignées. — Cette malade a été revue le 30 mars 1927.

Elle a eu une seule perte de sang, peu de temps après l'opération. Depuis les règles n'ont pas reparu.

L'opérée est en bonne santé et accuse simplement des troubles de ménopause artificielle : bouffées de chaleur, migraines, léger embonpoint, quelques troubles circulatoires au niveau des membres inférieurs.

L'examen gynécologique ne révèle rien d'anormal.

Examen histologique de la pièce, par M. Giet. — La tumeur grosse comme les deux poings est lisse, d'aspect nacré et dure au toucher, sauf en quelques points où elle est légèrement ramollie.

On prélève un fragment, vers le centre de la pièce, fragment intéressant la tumeur de la périphérie vers le centre, sans atteindre tout à fait ce dernier.

Ce fragment, qui, à un faible grossissement paraît homogène, est en réalité constitué par un ensemble de zones irrégulières et histologiquement distinctes.

Il existe d'une part des zones de tissu fibreux et conjonctif à ueu près normales : collagène sous forme de fibres denses, régulières et franchement basophiles. Fibroblastes bien colorés, peu nombreux, mais d'apparence normale. Il s'agit d'un tissu fibromateux normal, le plus souvent centré par un vaisseau dilaté, à parois minces et rempli de sang.

D'autre part, on rencontre des zones qui présentent des caractères histologiques de dégénérescence plus ou moins accentuée. Ce sont des plages d'un tissu où les fibroblastes conservés sont entourés d'un collagène amphophile ; les fibres en sont dilatées, irrégulières, quelquefois très larges et comme oedématisées. La substance interstitielle en est amorphe et hya-

line. Ça et là, dispersés sans ordre entre ces masses collagènes, on rencontre des éléments mobiles, polynucléaires, neutrophiles pour la plupart.

Ailleurs ce sont des zones de tissu complètement dégénéré et enkysté : coagulum acidophile dans lequel on met en évidence de rares débris nucléaires picnotiques et quelques polynucléaires déformés. Au niveau de ces zones dégénérées, on rencontre plus d'éléments vasculaires.

Conclusions. — Il s'agit d'un fibrome de l'ovaire droit. C'est un fibrome pur en voie de dégénérescence et ne présentant aucun caractère histologique de malignité.

OBSERVATION VII

(M. P. Brocq)

Mme P..., 52 ans.

En 1920, à la suite de vertiges et de malaises, elle consulte un radiothérapeute, qui porte le diagnostic de fibrome utérin, dont le pôle supérieur remonte à 14 centimètres au-dessus du pubis et conseille la radiothérapie.

Mme P... était, à cette époque, âgée de 47 ans

Au cours de l'hiver 1920-1921 on pratique chez elle à l'hôpital Saint-Antoine 14 séances d'irradiations. Après un repos de deux mois, on fait encore 4 séances d'irradiations. La stérilisation est obtenue. Mais, au dire de la malade, la tumeur n'a pas été modifiée et le ventre est resté toujours aussi gros.

Trois ans plus tard les malaises et les vertiges s'accroissent et le ventre grossit encore lentement.

En 1925, Mme P... présente des vomissements intermittents, qui se répètent et deviennent plus fréquents en 1926.

Examen en octobre 1926. — Grosse tumeur pelvi-abdominale. La palpation abdominale permet de reconnaître une grosse tumeur abdominale, dépassant l'ombilic ; cette tumeur

est arrondie et présente à sa surface des bosselures de consistance inégale suivant les points ; cette tumeur est mobile dans le sens transversal. Au toucher vaginal, le col apparaît normal, mais haut situé. Par la palpation bimanuelle, il n'est pas possible de sentir le fond de l'utérus, ni de reconnaître si la masse abdominale fait corps avec l'utérus.

Dans le cul-de-sac de Douglas, le doigt vaginal sent une autre masse bosselée, dure et immobile.

Le diagnostic est très délicat. La masse abdominale paraît être une tumeur kystique de l'ovaire et la masse pelvienne, que l'on aperçoit à travers le cul-de-sac de Douglas, paraît être un fibrome enclavé.

Il n'y a ni leucorrhée, ni métrorragies, mais des phénomènes de compression vésicale et rectale et quelques varices. La malade accuse des vertiges, des nausées, des vomissements espacés, de l'inappétence.

Elle présente un teint jaunâtre.

Pas de lésions cardiaques.

Hypertension manifeste. 23/14 au Pachon.

L'urée sanguine est augmentée : 0,52.

La malade est préparée en vue d'une intervention par le sulfate de soude, la théobromine, le régime lacto-végétarien.

La tension artérielle baisse, et l'urée revient sensiblement à la normale.

Opération le 3 novembre 1926, par le Dr Brocq. — Anesthésie générale au mélange de Schleich.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On découvre une grosse tumeur kystique double des ovaires.

On ponctionne un gros kyste de l'ovaire droit, que l'on vide en grande partie, ce qui réduit beaucoup la tumeur droite, qui est extériorisée. Elle apparaît mi-partie kystique, mi-partie solide.

On peut alors pratiquer une hystérectomie subtotalé par le procédé dit américain de droite à gauche.

La tumeur gauche est presque totalement solide, ne présen-

tant que quelques faux-kystes. L'utérus est de moyen volume, sans fibrome.

Péritonisation complète ; fermeture de la paroi en 3 plans. Guérison sans incidents.

Suites. — La malade est revue deux mois plus tard, avec un excellent état général et local ; elle a engraisé. Son teint s'est éclairci.

Examen histologique de la pièce par M. Giet. — Deux fragments ont été prélevés :

L'un au niveau d'une zone présentant des végétations intra-kystiques ;

L'autre au niveau d'une zone épaissie, mais non végétante de la paroi kystique.

1° Le premier fragment est constitué par un conjonctif adulte, pauci-cellulaire, à collagène bien constitué, contenant de rares vaisseaux sans éléments épithéliaux particuliers.

Les végétations sont formées de cellules cubiques plus ou moins aplaties, selon l'endroit considéré. L'activité cytologique est peu intense. Les éléments épithéliaux sont supportés par un tissu collagène réticulé, jeune et œdémateux, dont les fibroblastes sont augmentés de volume, clairs et étoilés. Il n'existe aucun signe cytologique de malignité.

2° Le second fragment est formé d'un conjonctif épais, à grosses lamelles collagènes, peu habité, presque sans vaisseaux sanguins et dans lequel on rencontre de longues et étroites cavités, bordées d'une rangée de cellules cubiques très aplaties.

L'activité nucléaire est banale. Il n'existe aucune lésion inflammatoire ni néoplasique maligne.

Cependant, dans l'observation suivante de M. Guellette, on a l'impression que l'examen histologique décelait une tumeur maligne au début de son évolution. Il est permis de soutenir que ce début était antérieur aux

irradiations. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la Roëntgenthérapie ne met pas à l'abri de l'évolution d'une tumeur maligne déjà commencée, mais rien n'autorise à affirmer que ce sont les rayons qui ont provoqué cette évolution maligne. Toutefois comme les irradiations n'arrêtent pas une dégénérescence en évolution, la perte de temps causée par leur application intempestive aggrave le pronostic en retardant l'acte opératoire nécessaire.

OBSERVATION VIII

(*M. Gueullette*)

Mme B..., 42 ans, est soignée depuis quatre ans pour troubles utérins, étiquetés « métrite ».

En 1923, elle subit pendant deux mois des pansements locaux, qui diminuent ses pertes et calment ses douleurs.

En 1925, on lui fait pendant trois mois un traitement électrique (?)

En décembre 1925, on porte le diagnostic de fibrome.

Pas de métrorragies. Aucune modification des règles. La malade subit 38 séances de radiothérapie, à raison de 3 séances par semaine, chaque séance comportant 8 à 10 minutes d'irradiations sur chaque ovaire.

Aucune amélioration. Les règles ne sont pas supprimées. L'état général devient mauvais ; la malade maigrit.

Le 19 décembre 1926. Les troubles péritonéens persistent. Douleurs, dysurie, constipation opiniâtre. La palpation abdominale révèle l'existence d'une grosse masse, remontant jusqu'à l'ombilic, rénitente, mate, douloureuse à la pression.

Le toucher vaginal montre que la partie pelvienne de la masse est dure, absolument fixée aux parois pelviennes, impossible à repousser vers le haut.

Le col utérin est élevé, plaqué contre la symphyse. On ne peut pas délimiter le corps utérin.

Au toucher rectal, on se rend compte que la tumeur fait une saillie considérable dans l'ampoule rectale et s'applique contre la concavité sacrée. Ce qui explique les troubles de la défécation.

Diagnostic porté : gros kyste de l'ovaire enclavé et adhérent.

Intervention le 21 décembre 1926, par le Dr Gueullette. — Anesthésie générale : éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On découvre un kyste de l'ovaire gauche, gros comme un tête d'enfant nouveau-né avec des adhérences intestinales épiploïques et vésicales. Le péritoine vésical est épais, infiltré, œdémateux. Ponction du kyste après libération des adhérences. On retire un liquide rouge brunâtre. Libération de la poche.

L'utérus, petit, est repoussé contre la margelle droite du petit bassin.

L'exploration du cul-de-sac de Douglas permet de sentir une deuxième masse, dure, très fixée, végétante. Libération. Il s'agit d'une tumeur kystique de l'ovaire droit, présentant à sa surface des végétations friables. La poche kystique est encombrée de végétations analogues. Nettoyage du Douglas, dont le péritoine ne porte pas trace de proliférations végétales.

Hystérectomie subtotale par le procédé américain.

Péritonisation partielle en utilisant les franges graisseuses du côlon pelvien.

Réunion en 3 plans avec mèches et petit drain.

Suites. — Sans incidents.

La malade sort de la maison de santé le 1^{er} janvier 1927. Revue le 4 mars 1927 en excellent état général et local.

Elle a engrossé de 6 kilogrammes.

Examen histologique par le Dr Giet. — De nombreux fragments ont été prélevés :

Au niveau de la partie végétante de l'ovaire droit ;

Au niveau de la paroi épaissie du kyste de l'ovaire gauche.

1^o *Tumeur kystique droite*. — La paroi est épaissie et formée d'un tissu conjonctif adulte, à collagène franchement basophile.

Dans l'épaisseur de ce tissu conjonctif on rencontre de rares cavités pseudo-glandulaires, souvent dilatées et remplies d'un mucus basophile, anhiste. Les cellules glandulaires, cubiques et tassées les unes contre les autres, y sont disposées en une couche unique, et leur protoplasma ne renferme que de très rares grains de sécrétion. L'activité cellulaire des épithéliums est normale.

Du côté interne (extra-kystique), le tissu conjonctif n'est limité par aucune formation histologique spéciale (zones d'adhérences fibreuses pelviennes). Vers l'intérieur de la cavité kystique, on rencontre de multiples végétations fines, soutenues par un conjonctif œdémateux, jaunê et contenant de nombreux néo-capillaires.

Chaque végétation est formée par une prolifération de cellules épithéliales cubiques, qui, le plus souvent petites, régulières et disposées en couche unique, sont parfois plus volumineuses, irrégulières et disposées sur 2 ou 3 rangées. Dans ce dernier cas le noyau est gros, peu chromatophile et il contient de gros nucléoles arrondis.

Les mitoses, bien que fréquentes, n'offrent aucune atypie. Nombreuses picnoses et dégénérescences karyolitiques.

2^o *Tumeur kystique gauche*. — Au niveau du kyste gauche, il n'existe pas de végétations intra-kystiques. Les fragments sont constitués par du conjonctif jaune et œdématisé, dont le collagène fin et réticulaire renferme de nombreux éléments anormaux.

Ce sont, d'une part, des cavités pseudo-glandulaires, dilatées, dont la paroi est formée de 2, 4 et 5 rangées de cellules épithéliales irrégulières, cubiques ou cylindriques, à proto-

plasma acidophile et clair, aux noyaux actifs (nombreuses mitoses et picnoses).

D'autre part, au contact de ces néoformations épithéliales, le tissu conjonctif est rempli d'éléments cytologiques variés, d'allure inflammatoire. Ce sont de rares lymphocytes, de très rares plasmocytes, de nombreuses cellules conjonctives en hyperplasie dont beaucoup revêtent l'aspect de cellules épithéliales. Ces dernières sont parfois réunies en amas arrondis, au centre desquels on peut mettre en évidence quelques cellules multinucléées, amphophiles, du type macrophage, si bien que l'ensemble de ces lésions inflammatoires ressemble en quelques points aux lésions nodulaires de la tuberculose.

A noter, dans l'examen de ces différents fragments, que l'activité cytologique est considérable, tant au niveau de ces néoformations épithéliales, que des inflammatoires. Bien que les mitoses soient régulières et symétriques, l'ensemble de la lésion donne l'impression d'une hyperplasie maligne au début.

2°) *L'application intempestive de rayons X peut-elle aggraver l'opération ultérieure par formation d'adhérences et évolution de lésion vasculaires ?*

La question est également très discutée. Les opérateurs ne paraissent pas d'accord sur ce point ; les uns n'ayant rencontré aucune anomalie ; les autres ayant exécuté des interventions laborieuses, dont ils rapportent les difficultés aux irradiations répétées qu'avaient subies les malades.

La même discussion, étendue sur de plus nombreux cas, reste à l'ordre du jour après le traitement par le radium des épithéliomas du col de l'utérus. Ici également, les opérateurs considèrent que la radiumthérapie

a le fâcheux inconvénient de produire du tissu fibreux, qui fixe l'utérus et diminue singulièrement sa mobilité. Dans ce cas particulier, la plupart des chirurgiens sont d'accord. En est-il de même pour les adhérences autour des kystes ovariens irradiés ? Nous ne le croyons pas. Dans trois des observations rapportées par M. Brocq (deux de M. Lejars et une de M. Brocq) les tumeurs ovariennes étaient parfaitement libres et leur extirpation a été facile ; par contre M. Guellette a trouvé des adhérences serrées, épiploïques et surtout vésicales (voir observation VIII).

D'autres auteurs ont signalé une friabilité spéciale des pédicules, dont les vaisseaux se coupaient sous la ligature et une vascularisation anormale du péritoine qui saignait en nappe après la péritonisation.

3°) *La radiothérapie appliquée à tort sur un kyste de l'ovaire est une thérapeutique mutilante.*

Personne ne peut contester l'exactitude de ce méfait. C'est même là, à notre avis, le grief le mieux établi que l'on puisse reprocher à ces irradiations intempestives. La radiothérapie provoque la castration bilatérale à travers la paroi, en supprimant la fonction menstruelle. Quelle que soit sa bégéninité c'est bien là une mutilation définitive. Or, cette mutilation aurait pu être évitée, par un diagnostic exact et par l'opération conservatrice appropriée.

Voici, par exemple, deux femmes jeunes encore, opérées par le P^r Lejars, l'une de 36 ans, l'autre de 43 ans (observations V et VI).

Chez les deux, le diagnostic de fibrome, porté par un radiothérapeute a été suivi d'applications de rayons X et par suite de castration roentgénienne.

L'échec de cette thérapeutique ayant amené les malades à se faire opérer, le P^r Lejars a trouvé dans le premier cas un kyste de l'ovaire, dans le second un fibrome de l'ovaire. Ces deux femmes ont guéri opératoirement, mais elles sont restées castrées par la radiothérapie. Au contraire, si elles avaient été soumises d'emblée à la seule thérapeutique rationnelle en pareil cas : la chirurgie, elles auraient guéri, en gardant les annexes opposées qui étaient saines et par conséquent en conservant leur fonction menstruelle.

IV. — Conduite à tenir dans les cas où le diagnostic de fibrome reste douteux

Le point de vue des chirurgiens est le suivant : quand, malgré l'emploi de tous les moyens d'exploration, le diagnostic de fibrome reste douteux, *il faut opérer*. En cas de doute, dit le P^r J.-L. Faure : « Prenez le bistouri et presque toujours, une fois l'opération terminée, vous serez satisfait d'avoir pris cette décision ».

L'opinion courante des radiologues est naturellement différente : en cas de doute il faut essayer la radiothérapie ; c'est un traitement d'épreuve qu'on peut abandonner en cas d'insuccès. Nous serions d'accord avec eux à la condition, toutefois, d'apporter une atténuation à ces essais, atténuation qui a été bien indiquée par M. Bécclère.

M. Bécclère pense que les radiothérapeutes peuvent éviter aux malades les longs attermoiements à la condition qu'ils veuillent bien se soumettre à la règle suivante : chaque fois qu'après quelques séances d'irradiations (3 ou 4 au maximum) la tumeur ne diminue pas de volume

d'une façon appréciable et principalement dans le sens vertical, on est en droit de considérer qu'il ne s'agit pas d'un fibrome, ou tout au moins d'un fibrome seul ; ou, dernière éventualité, c'est un fibrome qui est en dehors des indications de la radiothérapie. Il faut alors arrêter le traitement et s'adresser à la chirurgie.

En résumé, l'opinion de M. Bécère est nette : après chaque séance d'irradiations, il faut pratiquer des mensurations, les noter soigneusement et envoyer au chirurgien toutes les tumeurs qui ne régressent pas sensiblement après l'absorption des premières doses de rayons de Roentgen.

Mais les tentatives de radiothérapie poussée au-delà des limites consenties par M. Bécère, font perdre aux malades un temps précieux ce qui a de gros inconvénients lorsqu'il s'agit d'un kyste volumineux capable de provoquer des phénomènes de compression, ou mieux encore quand il s'agit d'un kyste à évolution maligne.

Conclusions

I. — Les erreurs de diagnostic entre fibromes et kystes de l'ovaire sont assez communes, et il est parfois bien difficile de les éviter ; chirurgiens et gynécologues médicaux reconnaissent la fréquence de ces diagnostics erronés.

II. — Néanmoins, on évitera quelques-unes de ces erreurs par un examen clinique soigneux et complet des malades. Dans les cas difficiles, on sera autorisé à tenter un radio-diagnostic après injection intra-utérine de lipiodol.

III. — L'efficacité de la radiothérapie sur beaucoup de fibromes utérins est absolument certaine mais la première condition du succès : « c'est que le fibrome traité soit réellement un fibrome et seulement un fibrome », comme le dit le P^r J.-L. Faure.

Parmi les préjudices causés aux malades par une application intempestive de rayons X sur un kyste de l'ovaire pris pour un fibrome, il en est qui sont démontrés, et d'autres qui restent discutables.

La radiothérapie est une méthode qui, appliquée chez une femme jeune, produit une castration en général dé-

finitive. Dans le cas d'un kyste ovarien, les rayons X stérilisent inutilement les deux ovaires, alors qu'une opération permet de conserver le côté sain. Donc en pareil cas, la chirurgie est conservatrice et la radiothérapie est mutilante.

Les méfaits qui restent discutables sont les suivants : d'abord, la transformation maligne d'un kyste traité par radiothérapie n'est pas prouvée, d'une façon indiscutable, malgré certaines observations. Ensuite, les adhérences, les réactions pelviennes inflammatoires, la fragilité des pédicules que des chirurgiens ont rencontrées, ne sont pas en tout cas des lésions constantes et paraissent même avoir été assez rarement observées.

Un dernier grief est cependant à retenir, c'est la perte de temps, occasionnée par une thérapeutique intempes-
tative, perte de temps, qui peut permettre l'aggravation de certaines complications.

IV. — Nous concluons donc :

1) Qu'il ne faut irradier que les fibromes dont le diagnostic est absolument certain.

2) Qu'en cas d'hésitation, soit qu'on doute de la réalité du fibrome, soit qu'on pense à des complications concomitantes, il nous paraît préférable d'opérer, sans faire l'épreuve de la radiothérapie. La chirurgie assurera la guérison dans la grande majorité des cas, et on ne risquera pas d'aggraver un kyste de l'ovaire en le soumettant à la Roentgenthérapie. Cependant le traitement radical par le bistouri effraie bien des femmes et celles-ci préfèrent essayer d'abord les rayons X. En pareil cas, si

cédant aux instances des malades on fait un essai de radiothérapie, il ne faut pas multiplier les séances quand, dès les premières, la tumeur ne régresse pas nettement, suivant le conseil judicieux qui a été donné par M. Bécère.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Limoges, Imprimerie Commerciale Porrette
